

بررسی مقایسه‌ای کفایت تهیه اسمیر دهانه رحم با روش اسپاچولا و روش ترکیبی سیتوبرس و اسپاچولا در زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان آیت ا... کاشانی کرمان، ۱۳۸۰

افسر فرود*، دکتر افسانه فرود**، پروین صالحی نژاد***

چکیده:

آزمایشات سلول‌شناسی در تشخیص سرطان دهانه رحم که یکی از بدخیمی‌های دستگاه تناسلی زنان محسوب می‌شود، اهمیت به سزایی دارد. این مطالعه به منظور مقایسه کفایت تهیه اسمیر دهانه رحم با اسپاچولا و روش ترکیبی اسپاچولا و سیتوبرس (وسيله‌ای است که از فیبرهای نایلونی نرم که به یک سیم قابل ارتجاع متصل است تشکیل شده است) انجام شد. در این بررسی تجربی، اطلاعات مورد نیاز از دو گروه مساوی ۱۳۱ نفره از زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان آیت ا... کاشانی کرمان در ماه‌های دی و بهمن ۱۳۸۰ به دست آمد. از پرسشنامه سه قسمتی استفاده شد که قسمت اول حاوی مشخصات فردی بوده که از طریق مصاحبه تکمیل گردید. قسمت دوم، میزان ناراحتی بیمار را در حین نمونه‌گیری مشخص کرده که از طریق مشاهده پژوهشگر تکمیل شد و در قسمت سوم، معیارهای یک نمونه سلولی کافی دهانه رحم بوده که توسط مفسر آزمایشگاه سلول‌شناسی تکمیل گردید. نتایج نشان داد که دو گروه در همه مشخصات فردی و همچنین میزان ناراحتی بیمار در حین نمونه‌گیری با هم مشابه بودند. از طرفی اسمیرهای دو گروه از لحاظ مشاهده سلول‌های کانال داخلی دهانه رحم به تعداد مساوی و بیشتر از ۲۵ سلول اختلاف معنی داری با یکدیگر نداشتند ($P>0/05$) ولی از نظر مشاهده خون فراوانی که منجر به ابهام نسبی یا کلی تشخیص آزمایشگاهی گردد، دو گروه اختلاف معنی داری را با یکدیگر نشان دادند ($P<0/05$). در صد درصد اسمیرهای دو گروه سلول‌های مخاط سنگفرشی مشاهده گردید و از این نظر دو گروه با هم تفاوتی نداشتند. با توجه به نتایج حاصله، به منظور کاهش صدمه بافتی و در نتیجه خونریزی کمتر که منجر به ابهام نسبی یا کلی تشخیص می‌گردد، توصیه می‌شود که در تهیه اسمیر دهانه رحم از روش ترکیبی سیتوبرس و اسپاچولا استفاده گردد.

واژه‌های کلیدی: اسپاچولا، سیتوبرس، اسمیر دهانه رحم، کفایت.

مقدمه:

سرطان دهانه رحم یکی از بدخیمی‌های دستگاه تناسلی زنان است که از علل مهم مرگ و میر زنان شناخته شده است. به طوری که در آمریکا از ۲۷ هزار نفری که در اثر سرطان‌های بدخیم دستگاه تناسلی زنان می‌میرند، مرگ

۱۷۰۰۰ نفر از آنها به علت سرطان دهانه رحم است (۴). سرطان دهانه رحم شایع‌ترین سرطان در کشورهای در حال توسعه است و زمانی که به مراحل خطرناک می‌رسد، منجر به مرگ و میر اساسی می‌گردد. در صورت شناسایی در

* عضو هیات علمی گروه مامایی - دانشگاه آزاد اسلامی کرمان - کیلومتر اول جاده جویبار - دانشگاه آزاد اسلامی - دانشکده پرستاری و مامایی. تلفن: ۰۳۶۱-۴۵۳۳۵. (مؤلف مسئول).

** عضو هیات علمی گروه قلب و عروق - دانشگاه علوم پزشکی کرمان. ۶۲ *** عضو هیات علمی گروه مامایی - دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

مراحل اولیه، تقریباً ۱۰۰ درصد قابل معالجه است (۶). آزمایش سلول شناسی نقش مهمی در تشخیص سرطان دهانه رحم دارد. این آزمایش توانسته است ۵۳ درصد مرگ و میر ناشی از این بیماری را کاهش دهد (۲). غربالگری این سرطان و درمان زودرس آن ارزش سرمایه گذاری را دارد. کمتر از ۵ درصد زنان در کشورهای در حال توسعه در ۵ سال گذشته غربالگری سرطان دهانه رحم شده‌اند (۶). اما با وجود موفقیت کلی به دنبال آزمایشات سلول شناسی دهانه رحم، نتایج منفی کاذب با شیوع قابل توجه نیز دیده می شود به طوری که گزارشات، میزان نتایج منفی کاذب را ۱۵ تا ۲۰ درصد اعلام نموده‌اند (۵). اغلب بدخیمی های داخل مخاطی دهانه رحم در محل اتصال سلول های سنگفرشی - استوانه ای یا نزدیک آن صورت می گیرد و این ناحیه در قسمت داخل کانال دهانه رحم و خارج آن قرار دارد. وجود سلول های کانال داخلی رحم، معیار پذیرش یک نمونه سلولی کافی در اسمیر پاپانیکولاو (Papanicolaou) می باشد (۱۱). بطور کلی زمانی که عواملی چون خون و چرک فراوان، مداخله ای در تفسیر آزمایش نداشته باشند، وجود سلول های کانال داخلی دهانه رحم نشان دهنده یک اسمیر رضایت بخش می باشد (۱۰). Cechini و همکاران در مطالعه خود وجود عوامل زیر را به عنوان معیار تشخیص یک نمونه سلولی ناکافی و نامناسب در نظر گرفتند: فقدان سلول های پوشش سنگفرشی، فقدان سلول های کانال داخلی دهانه رحم و آلودگی زیاد نمونه خون. آنها دریافتند که شایع ترین دلیل عدم کفایت اسمیرها، ناکافی بودن سلول های کانال داخلی دهانه رحم بوده است (۸) به همین منظور تاکنون تلاش های قابل توجهی برای توسعه و پیشرفت ابزارهای نمونه برداری دهانه رحم صورت گرفته است. بهترین ابزار نمونه برداری دهانه رحم آن است که قادر باشد از ناحیه ای که بیشترین خطر را برای بدخیم شدن داراست به میزان کافی سلول جمع آوری کند. به علاوه حداقل ناراحتی

و یا صدمه بافتی را ایجاد کرده، در دسترس بوده و ارزان تمام شود. برای دستیابی به این اهداف در دهه گذشته اکثر درمانگاه های زنان در کشور آمریکا، ترکیبات متفاوتی از اسپاجولا، سواب پنبه ای و سیتوبرس را جهت نمونه برداری سلولی دهانه رحم بکار برده اند (۱۱). دقت اسمیر پاپانیکولاو به شیوه و ابزارهایی که برای نمونه گیری از دهانه رحم بکار می روند و همچنین مراحل نمونه برداری و کیفیت تفسیر اسمیرها توسط آسیب شناس بستگی دارد مطالعات اخیر بیانگر آن است که با استفاده از یک سیتوبرس می توان نمونه های سلولی بهتری از کانال داخلی دهانه رحم تهیه کرد (۱۲). همچنین Cechini توصیه می کند که استفاده مرکب اسپاجولا و سیتوبرس باید به عنوان روش استاندارد تهیه اسمیر روش نمونه برداری دهانه رحم بکار رود (۸) با این وجود هنوز متخصصین در رابطه با انتخاب بهترین روش نمونه برداری دهانه رحم به توافق کلی دست نیافته اند (۷، ۱۱، ۱۲). لذا این تحقیق به منظور پاسخگویی به این سؤال که کدام روش در تهیه اسمیر دهانه رحم کفایت بیشتری دارد، اسپاجولا یا روش ترکیبی اسپاجولا و سیتوبرس صورت گرفت.

مواد و روشها:

این تحقیق تجربی در ماه های دی و بهمن سال ۱۳۸۰ بر روی ۲۶۲ نفر از زنان مراجعه کننده به درمانگاه زنان بیمارستان آیت الله کاشانی شهر کرمان انجام شد. در این بررسی کلیه زنانی که حداقل ۵ روز از اتمام خونریزی قاعدگی آنها گذشته بود و جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر به درمانگاه مراجعه نموده و دارای شرایط زیر نبودند، انتخاب گردیدند. حاملگی، گذشت زمان کمتر از ۸ هفته از زایمان، ابتلا به سرویسیت حاد یا مزمن، یائسگی، وجود خونریزی واژینال، سابقه بدخیمی در دستگاه تناسلی، سابقه اشعه درمانی در ناحیه لگن، استفاده از هر نوع داروی واژینال

با داشتن نزدیکی جنسی در طی ۴۸ ساعت قبل از مراجعه. بیماران برحسب مراجعه به دو گروه مساوی ۱۳۱ نفره تقسیم شدند. در این پژوهش، متغیر وابسته کفایت اسمیر دهانه رحم و متغیرهای مستقل روش اسپاچولا و روش ترکیبی اسپاچولا و سیتوبرس بود.

ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه سه قسمتی بود که قسمت اول پرسشنامه حاوی فرم مشخصات نمونه‌ها (سن، سن ازدواج، تعداد حاملگی قبلی، تعداد زایمان قبلی، نوع عمل انجام شده بر روی دهانه رحم و نوع روش پیشگیری از بارداری) که از طریق مصاحبه با آنان تکمیل شد. در قسمت دوم پرسشنامه، میزان ناراحتی بیمار در حین نمونه‌گیری فید شده بود که میزان ناراحتی بیمار در حد کم و متوسط زمانی مطرح شد که بیمار متوجه مراحل نمونه‌گیری می‌گردید، در حد "شدید" زمانی بود که بیمار درد خود را ابراز می‌کرد، "هیچ" زمانی بود که بیمار هیچگونه دردی را احساس نمی‌کرد و متوجه مراحل نمونه‌گیری نمی‌گردید. در قسمت سوم پرسشنامه که توسط مفسر آزمایشگاه سلول‌شناسی تکمیل گردید معیارهای یک نمونه سلولی کافی جهت تفسیر اسمیر دهانه رحم گنجانیده شد. این پرسشنامه سه قسمتی از منابعی اخذ گردید که پایایی و روایی آن مورد تایید بود (۸،۷). تهیه کلیه اسمیرها توسط محقق کارشناس ارشد مامایی که نزدیک به ۱۰ سال سابقه کار مامایی در درمانگاه‌های زنان را داشته و دوره‌های آموزشی متعددی را در مرکز بهداشت استان از نظر روش نمونه‌برداری گذرانیده بود انجام شد. مقالات دیگری نیز گویای این نکته می‌باشد که استفاده روش ترکیبی از نمونه خون کمتری برخوردار است و کفایت بیشتری در تهیه لام‌های اسمیر دهانه رحم دارد (با در نظر گرفتن میزان مهارت افراد نمونه‌گیر) (۱۳،۹).

در این پژوهش تهیه اسمیر با اسپاچولا به این صورت بود که پس از آماده ساختن بیمار، اسپکولوم با آب

مرطوب شده (بدون استفاده از مواد لغزنده و نرم کننده) و داخل واژن بیمار گذاشته شد. ابتدا سر تیز اسپاچولا را وارد کانال داخلی دهانه رحم کرده، آنرا ۳۶۰ درجه چرخانیده و نمونه به دست آمده بر روی قسمت فوقانی یک اسلاید شیشه‌ای مالیده شد. در مرحله بعد سر دیگر اسپاچولا را روی قسمت خارجی دهانه رحم قرار داده آنرا ۳۶۰ درجه چرخانیده و نمونه به دست آمده بر روی قسمت تحتانی همان اسلاید به صورت طولی مالیده شد. در انتها نمونه فوراً با اسپری به فاصله ۲۰ سانتیمتری از سطح اسلاید، ثابت شده و به آزمایشگاه فرستاده شد. روش تهیه اسمیر با سیتوبرس و اسپاچولا بدین صورت بود که پس از آماده ساختن بیمار ابتدا با استفاده از سیتوبرس از کانال داخلی دهانه رحم نمونه گرفته شد به این ترتیب که فیبرهای نایلونی سیتوبرس را وارد کانال کرده، آنرا ۳۶۰ درجه چرخانده و نمونه گرفته شده بر روی قسمت فوقانی یک اسلاید شیشه‌ای به صورت طولی مالیده شد. سپس سر قلبی شکل اسپاچولا را روی قسمت خارجی دهانه رحم قرار داده آنرا ۳۶۰ درجه چرخانده و نمونه بدست آمده را روی قسمت تحتانی همان اسلاید بصورت طولی مالیده شد در انتها نمونه فوراً با اسپری به فاصله ۲۰ سانتیمتری از سطح لام ثابت شده و به آزمایشگاه فرستاده شد. برگه ثبت اطلاعات اول پس از نمونه‌گیری در مورد میزان ناراحتی بیمار در حین نمونه برداری توسط پژوهشگر پاسخ داده شد. سپس برگه ثبت اطلاعات دوم که در مورد معیارهای کفایت اسمیر بوده است پس از بررسی لام‌های اسمیر توسط مفسر آزمایشگاه تکمیل گردید. لازم به ذکر است که لام‌ها توسط یکی از پاتولوژیست‌های دانشگاه علوم پزشکی کرمان که دانشیار می‌باشند تفسیر گشت. در این بررسی معیار کفایت اسمیر آن بود که نمونه سلولی تهیه شده حاوی هر دو نوع سلول‌های داخلی و خارجی دهانه رحم باشد و تعداد سلول‌های کانال داخلی دهانه رحم حداقل ۲۵ عدد باشد. همچنین نمونه به خون فراوانی که

منجر به ابهام نسبی یا کلی تشخیص گردد، آغشته نباشد که هر سه این مورد توسط مفسر آزمایشگاه سلول شناسی مورد ارزیابی قرار گرفت. بعد از کامل شدن کلیه پرسشنامه‌ها اطلاعات استخراج و از طریق نرم افزار SPSS و با روش های آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و با استفاده از آزمون های Chi-square و t-Student، اولاً تشابه سازی دو گروه و ثانیاً میزان کفایت تهیه اسمیر توسط دو روش مذکور مورد قضاوت آماری قرار گرفت.

نتایج:

یافته های پژوهش نشان داد که ۲۲/۱ درصد افراد دو گروه تحت مطالعه در طبقه سنی ۳۵-۳۱ سال و سن ازدواج ۵۳/۴ درصد افراد در گروه اسپاجولا و همچنین ۶۲/۶ درصد افراد در گروه اسپاجولا و سیتورس در طبقه سنی ۲۰-۱۶ سال بوده است. از نظر تعداد حاملگی قبلی ۳۲ درصد افراد در گروه اسپاجولا و ۴۶ درصد افراد در گروه

اسپاجولا و سیتورس دو حاملگی قبلی، ۲۳/۷ درصد نمونه ها در گروه اسپاجولا دو زایمان قبلی و در گروه اسپاجولا و سیتورس ۲۲/۹ درصد از نمونه ها یک زایمان قبلی داشته اند. در جدول شماره ۱ مقایسه میانگین این مشخصات فردی در نمونه های دو گروه نشان داد که اختلاف معنی داری بین هیچیک از این مشخصات با آزمون t-test مشاهده نشد. ۵۴/۲ درصد نمونه های گروه اسپاجولا و ۵۲/۷ درصد گروه اسپاجولا و سیتورس از IUD به عنوان روش پیشگیری از بارداری استفاده می کردند که آزمون آماری کای دو اختلاف معنی داری را از نظر نوع روش های پیشگیری از بارداری در دو گروه فوق نشان نداد (جدول شماره ۲).

بر روی دهانه رحم ۶۸/۷ درصد و ۷۴/۸ درصد نمونه ها در دو گروه فوق هیچکدام از اعمال کرایو، کوتر یا هر دو انجام نشده بود. آزمون آماری کای دو اختلاف معنی داری را از نظر نوع عمل انجام شده بر روی دهانه رحم در دو گروه فوق نشان نداد (نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع زنان مورد بررسی بر حسب برخی مشخصات فردی آنها به تفکیک نوع روش نمونه برداری اسمیر در درمانگاه زنان بیمارستان آیت اله کاشانی کرمان

نتیجه آزمون	نوع روش نمونه برداری اسمیر		مشخصات فردی
	اسپاجولا	سیتورس و اسپاجولا	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$t = -1/61$ $P > 0/05$	$33/04 \pm 8/31$	$31/37 \pm 8/43$	سن
$t = -0/196$ $P > 0/84$	$18/56 \pm 3/48$	$18/46 \pm 3/69$	سن ازدواج
$t = -0/88$ $P > 0/37$	$2/81 \pm 2/04$	$3/06 \pm 1/93$	تعداد حاملگی قبلی
$t = -1/87$ $P > 0/05$	$3/55 \pm 1/99$	$3/1 \pm 1/9$	تعداد زایمان قبلی

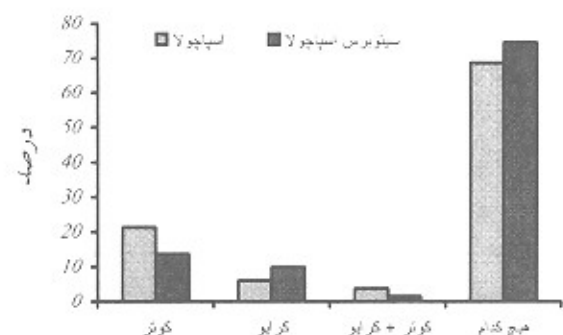
دو گروه تحت بررسی در هیچ یک از مشخصات فوق اختلاف معنی داری را نشان ندادند ($P > 0/05$).

جدول شماره ۲: توزیع زنان مورد بررسی بر حسب نوع روش پیشگیری از بارداری به تفکیک نوع روش نمونه برداری اسمیر در درمانگاه زنان بیمارستان آیت اله کاشانی کرمان

نوع روش نمونه برداری اسمیر		اسپاجولا		سیتوبرس و اسپاجولا	
نوع روش پیشگیری از بارداری		تعداد	درصد	تعداد	درصد
مقطع		۱۱	۸/۴	۱۶	۱۲/۲
کاندوم		۱۳	۹/۹	۱۶	۱۲/۲
قرص		۱۹	۱۴/۵	۱۳	۹/۳
آمبول پروژسترونی		۲	۱/۵	۱	۰/۸
IUD		۷۱	۵۴/۲	۶۹	۵۲/۷
TL با واکتومی		۹	۶/۹	۷	۵/۳
عدم جلوگیری		۶	۴/۶	۱۱	۸/۴
جمع		۱۳۱	۱۰۰	۱۳۱	۱۰۰

آزمون آماری کای دو اختلاف معنی داری را بین نوع روش های پیشگیری از بارداری در دو گروه فوق نشان نداد ($P > 0.05$, $df = 6$, $\chi^2 = 4.17$).

در گروه اسپاجولا ۷۹/۴ درصد و در گروه اسپاجولا و سیتوبرس ۷۵/۶ درصد افراد در حین نمونه برداری اظهار درد و ناراحتی کرده بودند. پس از انجام آزمونهای آماری کای دو از نظر اظهار درد و ناراحتی در حین نمونه برداری بین گروه اسپاجولا و گروه اسپاجولا و سیتوبرس اختلاف معنی داری مشاهده نشد ($P > 0.05$). در مورد سه معیار آزمایشگاهی برای تعیین کفایت اسمیر حاصل از دهانه رحم یافته ها نشان داد که سلول های کانال داخلی دهانه رحم به تعداد مساوی و بیشتر از ۲۵ سلول در اسمیر ۹۲/۴ درصد از زنان گروه اسپاجولا سیتوبرس و ۸۸/۵ درصد از زنان گروه اسپاجولا مشاهده شد و در اسمیر ۷/۶ درصد از زنان گروه اسپاجولا و سیتوبرس و ۱۱/۵ درصد از زنان گروه اسپاجولا این سلول ها به تعداد مساوی و بیشتر از ۲۵ سلول مشاهده نشد. آزمون آماری کای دو بین ارزیابی آزمایشگاهی اسمیرهای دو گروه از لحاظ مشاهده سلول های کانال



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی زنان بررسی شده در بیمارستان آیت اله کاشانی به تفکیک نوع عمل انجام شده بر روی دهانه رحم. آزمون کای دو که معادل ۱/۹۹ می باشد، اختلاف معنی داری را بین نوع عمل انجام شده بر روی دهانه رحم در دو گروه فوق نشان نمی دهد ($P < 0.05$).

جدول شماره ۳: توزیع زنان مورد بررسی بر حسب ارزیابی آزمایشگاهی اسمیر و نوع روش نمونه برداری اسمیر در درمانگاه زنان بیمارستان آیت اله کاشانی کرمان

نتیجه آزمون آماری	اسپاچولا		سیتوبرس و اسپاچولا		نوع روش نمونه برداری اسمیر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	چگونگی مشاهده اسمیر	ارزیابی آزمایشگاهی اسمیر
$X^2=0.71$	۱۱۶	۸۸/۵	۱۲۱	۹۲/۴	مشاهده شد	سلولهای کانال داخلی دهانه
$df=1$	۱۵	۱۱/۵	۷/۶	۷/۶	مشاهده نشد	رحم به تعداد مساوی و
$P>0.05$	۱۳۱	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	جمع	بیشتر از ۲۵ سلول
	۱۳۱	۱۰۰	۱۳۱	۱۰۰	مشاهده شد	سلولهای مخاط سنگفرشی
---	۰	۰	۰	۰	مشاهده نشد	دهانه رحم
	۱۳۱	۱۰۰	۱۳۱	۱۰۰	جمع	
$X^2=0.17$	۱۹	۱۴/۵	۷	۵/۳	مشاهده شد	خون فراوانی که منجر به
$df=1$	۱۱۲	۸۵/۵	۱۲۴	۹۴/۷	مشاهده نشد	ابهام نسبی یا کلی تشخیص
$P>0.05$	۱۳۱	۱۰۰	۱۳۱	۱۰۰	جمع	گردد

از بین معیارهایی که برای ارزیابی آزمایشگاهی اسمیر دهانه رحم وجود دارد دو گروه فوق تنها از نظر خون فراوانی که منجر به ابهام نسبی یا کلی تشخیص گردد، اختلاف معنی داری را نشان دادند ($P>0.05$).

داخلی دهانه رحم به تعداد مساوی و بیشتر از ۲۵ سلول اختلاف معنی داری را نشان نداد ($P>0.05$) (جدول شماره ۳). سلول های مخاط سنگفرشی دهانه رحم نیز در اسمیر ۱۰۰ درصد افراد دو گروه مشاهده گردید و از این نظر بین دو گروه فوق هیچگونه تفاوتی نبود (جدول شماره ۳). همچنین نتایج نشان داد که در اسمیر ۸۵/۵ درصد از زنان گروه اسپاچولا و ۹۴/۷ درصد از زنان گروه سیتوبرس و اسپاچولا خون فراوانی که منجر به ابهام نسبی یا کلی تشخیص گردد مشاهده نشد و آزمون آماری کای دو در بین دو گروه از این نظر اختلاف معنی داری را نشان داد (جدول شماره ۳).

بحث:

نتایج این بررسی نشان داد که در ۸۸/۵ درصد گروه

اسپاچولا و ۹۲/۴ درصد گروه اسپاچولا و سیتوبرس سلول های کانال داخلی دهانه رحم به تعداد مساوی و بیشتر از ۲۵ سلول مشاهده گردید. وجود این سلول ها به این میزان یکی از معیارهای پذیرش یک نمونه سلولی کافی در اسمیر پاپانیکولاو می باشد. بالا بودن تعداد سلول های کانال داخلی دهانه رحم در اسمیرهای هر دو گروه دلیل بر کفایت هر دو روش در تهیه اسمیر دهانه رحم است، اما درصد بیشتری از اسمیرهای گروه اسپاچولا و سیتوبرس که حاوی این سلول ها می باشد حاکی از توان بالای روش مذکور در جمع آوری اسمیر دهانه رحم است. این یافته با نتایج پژوهش Buntinx مطابقت دارد. او نیز سلول های کانال داخلی دهانه رحم را در ۹۵/۳ درصد از نمونه های اسپاچولا و سیتوبرس و ۸۳/۵ درصد از نمونه های اسپاچولا مشاهده کرد. با آنکه یافته ها مربوط به دو روش مشابه هم بودند ولی

نتیجه گرفت که قابل اعتمادترین روش نمونه برداری استفاده از ترکیب اسپاجولا و سیتوبرس می باشد (۷). شواهد نشان می دهد که استفاده از سیتوبرس برای جمع آوری سلول های کانال داخلی دهانه رحم می تواند به طور مؤثری از اسمیرهای ناقص و ناکافی بکاهد. این وسیله از فیبرهای نایلونی نرم که به یک سیستم قابل ارتجاع نازک متصل هستند، تشکیل شده است. از آنجایی که برس از نظر قطر باریک است، دسترسی به کانال داخلی دهانه رحم بیشتر خواهد بود. همچنین فیبرهای نایلونی ساخته شده، سلول ها را در خود نگه داشته و سلول های بیشتری را بر روی لام می گستراند (۱). در این پژوهش، یکی از یافته های مهم آن بود که اسمیرهای تهیه شده با روش سیتوبرس و اسپاجولا در مقایسه با روش اسپاجولا در تعداد کمتری از زنان فاقد سلول های کانال داخلی دهانه رحم بود. این نتیجه یکی از دلایل کفایت نمونه های سلولی تهیه شده توسط روش ترکیبی سیتوبرس و اسپاجولا می باشد. Buntinx می نویسد که اغلب اسمیرهای تهیه شده با روش اسپاجولا به خصوص در خانم های پائنه فاقد سلول های کانال داخلی دهانه رحم می باشند. بدین سبب با توجه به اهمیت وجود سلول های کانال داخلی دهانه رحم در اسمیر و توان کم اسپاجولا در جمع آوری آنها، تهیه اسمیر ثانویه توسط سواب پنبه ای و یا سیتوبرس و با هدف نمونه برداری این سلول ها پیشنهاد می گردد (۷) در پژوهش حاضر نشان داده شد که در کلیه اسمیرهای دو گروه سلول های سنگفرشی دهانه رحم مشاهده گردید. به طوری که می توان کفایت بالای هر دو روش را در تهیه اسمیرهایی که حاوی این گروه سلولی هستند، مشاهده نمود. Buntinx نیز در تحقیق خود سلول های سنگفرشی را در ۹۳/۹ درصد از نمونه های سیتوبرس ۹۶/۸ درصد از نمونه های اسپاجولا یافت و از آنجا که در این مطالعه بین فقدان سلول های

سنگفرشی و ارزیابی منفی کاذب ارتباط مثبتی وجود داشت نتیجه گیری کرد که استفاده از سیتوبرس تنها برای تهیه اسمیرهای دهانه رحم ممکن است به علت فقدان سلول های سنگفرشی منجر به ایجاد اسمیرها ناکافی گردد. بنابراین به نظر می رسد قابل اعتمادترین روش، روش نمونه برداری، استفاده از ترکیب سیتوبرس و اسپاجولا است (۷). یکی دیگر از معیارهای پذیرش یک نمونه سلولی کافی و مناسب، عدم آلودگی زیاد نمونه به خون است (۸). نتایج این بررسی نشان داد که اسمیرهای گروه اسپاجولا نسبت به گروه اسپاجولا و سیتوبرس بیشتر به خون آلوده بودند و از آنجا که آلودگی به خون فراوان، منجر به ابهاماتی در تشخیص سلول شناسی می گردد، به نظر می رسد که استفاده از ترکیب سیتوبرس (جهت نمونه برداری از ناحیه کانال داخلی رحم) و اسپاجولا (جهت نمونه برداری از ناحیه خارجی دهانه رحم) منجر به خونریزی کمتری می گردد و اسمیرهای تهیه شده کمتر به خون آلوده می شوند. علت آلودگی خونی فراوان اسمیرهای تهیه شده توسط اسپاجولا ضخامت و استحکام بیشتر آن در مقایسه با فیبرهای نایلونی و نرم سیتوبرس می باشد که به هنگام تماس با دهانه رحم صدمه بیشتری به بافت وارد می کند و منجر به ایجاد خونریزی می گردد که این امر نیز به نوبه خود می تواند نتیجه آزمایش را با ابهام روبرو سازد. موه های سیتوبرس در به دست آوردن سلول بیشتر مفید است و از طرفی صدمه کمتری نیز به بافت وارد می کند (۳). ریان و همکاران نیز معتقدند که نمونه برداری توسط روش ترکیبی سیتوبرس و اسپاجولا میزان وجود خون را در اسمیر دهانه رحم کاهش می دهد. زیرا سیتوبرس سبب تحریک کم اپی تلیوم قسمت داخلی دهانه رحم می شود (۵).

نتیجه گیری:

در این بررسی نشان دادیم که استفاده از روش ترکیبی سیتوبرس و اسپاجولا به علت کاهش صدمه بافتی و ایجاد خونریزی کمتر کفایت بیشتری در نمونه برداری از دهانه رحم دارد.

تشکر و قدردانی:

این طرح با مساعدت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی کرمان انجام شد که بدین وسیله از این معاونت کمال قدردانی را داریم.

منابع:

۱. احمد سلطانی میترا. پاپ اسمیر. مجله پیک ماما، ۳(۲): ۲۴، ۱۳۶۸.
۲. ایلخانی مهناز. روشهای جدید مراقبتی در سرطان. نشر مؤلف، چاپ اول، ۵۲، ۱۳۷۰.
۳. بجیرانی اعظم. روشهای پیشگیری از کانسر سرویکس. نشر بشری، چاپ اول، ۱۴، ۱۳۷۵.
۴. بروئر لیلیان شولتز؛ سودارث دوریس اسمیت؛ پیربرندا جی؛ بویرماری جو. پرستاری بیماریهای زنان و پستان. ترجمه: سامی پوران، نشر بشری، چاپ اول، ۹۶، ۱۳۷۲.
۵. ریان کنت جی؛ برکوتیز راس اس؛ بریری رابرت ال. اصول بیماریها و بهداشت زنان کیستتر. ترجمه: قاضی جهانی بهرام؛ قطبی روشک. نشر اندیشه روشن، چاپ اول، ۱۲۸، ۱۳۷۹.
۶. فبنجم ریچارد ج؛ کجلستروم نورد؛ موری کریستوفر جی ال؛ اور مید؛ فیلیس مارگارت. بهداشت بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه. ترجمه: فرزبان پور فرشته؛ صادقی پور حمیدرضا. نشر بشری، چاپ اول، ۲۹۵، ۱۳۷۷.
7. Buntinx F. Comparison of spatula sampling and combined cytobrush-spatula sampling of the cervix. Act Cyt, 35(1): 94-7, 1995.
8. Cechini S.; Banardi L.; Ciato S. Comparing methods of cervical smear sampling. Act Cyt, 35(5): 659-660, 1998.
9. Chan AR. An evaluation of cervical smears consisting of spatula and cytobrush samples. Aust N Z J obstet Gynecocol, 29(4): 436-8, 1989.
10. Chakrabarti S.; Guijon F.; Parskervat M. Using brush and spatula for cervical smears. Act Cyt, 38(3): 315-18, 1994.
11. Germin M.; Heaton R.; Erickson D.; Henry M.; et al. Comparison of three most common papanicolaou smear collection techniques. Obstet & Gynecol, 84(2): 168-73, 1994.
12. Hofman M. Comparing the yield of the standard papanicolaou and endocervical brush smear. J Red Med, 36(4): 267-68, 1995.
13. Van Erp EJ.; Dersjan Roorda MC.; Arentz NP.; Stijen T.; et al. Should be cytobrush be used in routin screening for cervical pathology. Int J Gynecol Obstet, 30(2): 139-44, 1989.